



君龙人寿保险有限公司



条形码

理赔申请书 (含授权委托书)

单证代码 CLD20001

保单号:		为确保您的正当权益, 请您认真填写以下表内容, 填写前敬请详阅《填写指南》									
事故者姓名	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	职业	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他: _____						
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____	证件号码									
证件有效期	至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	投保人是被保险人: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 单位 <input type="checkbox"/> 其它 _____									
联系地址:		____省/直辖市____市____区/县____街道/乡镇____路/村						联系电话:			
申请类型 (可复选)	<input type="checkbox"/> 意外医疗		<input type="checkbox"/> 疾病医疗		<input type="checkbox"/> 重大疾病		<input type="checkbox"/> 意外残疾/失能		<input type="checkbox"/> 豁免保费		
	<input type="checkbox"/> 疾病残疾/失能		<input type="checkbox"/> 意外身故		<input type="checkbox"/> 疾病身故		<input type="checkbox"/> 住院津贴		<input type="checkbox"/> 其他		
事故经过	时间: 年 月 日 时	地点: _____省____市____区/县____(场所)			原因:						
	就诊医院:	事故者是否享有公费医疗或者社保			<input type="checkbox"/> 是 社保卡号() <input type="checkbox"/> 否						
	事故经过/诊疗过程:										
如属交通事故请选择交通工具:		<input type="checkbox"/> 汽车 <input type="checkbox"/> 摩托车 <input type="checkbox"/> 其他: _____			投保单位名称 (团险适用并签章)						
事故者现状	<input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 身故 (身故日期: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 残疾/失能 <input type="checkbox"/> 失踪								
事故者是否在其他保险公司投保或理赔		<input type="checkbox"/> 有 公司名称/金额 ()			<input type="checkbox"/> 无						
如申请人与事故者为同一人, 以下表单中职业、证件类型、证件号码、证件有效期、联系地址、联系电话可以不填)											
申请人姓名	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	职业	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他: _____						
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____	证件号码									
证件有效期	至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	申请人是被保险人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其它 _____									
联系地址		____省/直辖市____市____区/县____街道/乡镇____路/村						联系电话:			
理赔决定通知书递送方式 <input type="checkbox"/> 电子邮件递送 (E-mail: _____) <input type="checkbox"/> 信函递送 <input type="checkbox"/> 自行领取											
领款方式	户名	开户银行			____银行____分行____支行						
银行转账 (人民币)	银行账号										
个人税收居民身份:			声明人身份:								
如选择 2、3 项需要额外填写《个人税收居民身份声明文件》, 未成年人由监护人代签。若为监护人代领保险金时, 保险金代领人也需填写此声明。			<input type="checkbox"/> 1. 仅为中国税收居民 (在中国境内有住所, 或者无住所而在境内居住满一年的个人)								
			<input type="checkbox"/> 2. 仅为非居民 (中国税收居民以外的个人)								
			<input type="checkbox"/> 3. 即是中国税收居民又是其他国家 (地区) 税收居民								
委托事项	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若勾选是, 则必须填写以下《理赔授权委托书》, 并提供受托人身份证件										
	本人现委托 _____ (证件类型: _____ 身份证号码: _____) 作为受托人, 就保单号为 _____ 的										
	保险合同的理赔事宜作为我的代理人, 并同意其代理权限如下: <input type="checkbox"/> 办理理赔申请及受领退回的申请资料 <input type="checkbox"/> 受领理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 受领续期核保决定通知 <input type="checkbox"/> 受领给付款项及签字 <input type="checkbox"/> 签订理赔协议 <input type="checkbox"/> 其他事项 _____ 授权期间自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受托人联系电话: _____ 委托人与受托人关系: <input type="checkbox"/> 业务员 (代码: _____) <input type="checkbox"/> 其他 _____ (关系)										
保险欺诈风险提示: 诚信原则是保险合同的基本原则, 若违反诚信原则实施保险欺诈, 应当依据《中华人民共和国刑法》和《中华人民共和国保险法》的规定承担法律责任: 投保人、被保险人或者受益人进行保险诈骗活动, 数额较大构成犯罪的, 处以拘役或者有期徒刑, 并处罚金或者没收财产; 尚不构成犯罪的, 由公安机关等有权机关依法给予 15 日以下拘留、5000 元以下罚款的行政处罚; 投保人、被保险人或者受益人虚报、谎报或者故意制造保险事故的, 保险公司有权依法解除保险合同, 不承担赔偿或给付保险金责任。											
声明: 1. 本人保证理赔申请书上所填写的内容真实详尽, 及本人提供的一切材料均完全属实, 如有虚假不实或隐瞒情况, 贵公司有权拒付保险金, 由此导致的公司损失 (包括律师费、诉讼费) 由本人承担; 2. 本人授权贵公司可直接或委托其他单位和个人, 向医疗机构及其他单位和个人调阅、摘抄、复印与理赔申请相关的资料 (包括病历、司法证明等材料); 3. 因本人或代理人过错导致转账不成功、未及时或未全额收取理赔款项的, 贵公司不承担责任。 4. 本人保证选择的理赔决定通知书递送方式真实有效, 若无法收取理赔决定通知书, 由此造成的一切后果, 贵公司不承担责任。 5. 本人同意贵司向中国保险信息技术管理有限责任公司 (简称“中国信保”) 报送本人的全部保单信息和理赔信息, 并通过医疗机构、中国信保及知悉本人信息的其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国信保基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享, 但均应严格履行保密义务。											

申请人签名:

委托人签名:

(有委托时须签名, 委托人即申请人)

申请日期: 年 月 日

委托日期: 年 月 日

《理赔申请书》填写指南

尊敬的客户：

为确保您的正当权益，在填写《理赔申请书》前请您仔细阅读以下内容：

1. 哪些人有权填写《理赔申请书》？

(1) 申请生存保险金（医疗保险金、残疾保险金、重疾保险金、护理保险等）：由被保险人或指定受益人申请。

(2) 申请身故保险金：由身故受益人申请。

A. 保单指定身故受益人的：由保单指定的身故受益人申请。B. 保单未指定身故受益人的：由被保险人的全体继承人申请。

(3) 仅申请保费豁免：由投保人或被保险人申请。

注：上述申请人未成年或不具备完全民事行为能力的，由申请人的监护人代为申请。

2. 身故保险金受益人为多人的情况，如何处理理赔申请？

申请身故保险金时，受益人需填写《身故受益人身份确认表》。多个受益人可共同办理理赔申请，也可委托一人办理理赔申请，多人委托一人办理时，每一委托人均《理赔授权委托书》上签名。

注：对于受益人为“法定”或未指定受益人的身故保险金理赔申请，我公司不负责保险金多名受益人之间的继承份额划分，保险金一次性给付，由全体受益人共同受领或全体受益人授权一人受领。

3. 是否所有的银行帐户（银行卡）都可以办理理赔款转账支付？

各地区银行转账要求有所不同，有关转账银行的目录以及转户、银行卡的要求，您可详细咨询您的保单服务人员，以获得详细的信息。

4. 我如何获得理赔申请的相关表格？

您可以向您的保单服务人员索取、登录我司官网或微信公众号下载、通过 Email 索取、服务柜面免费领取，或致电服务热线 400-666-0123 索取。

5. 保险金理赔申请有无时效要求，时效为多长？

我国《保险法》规定：人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人，向保险人请求赔偿或者给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。人寿保险的被保险人或者受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为五年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

6. 理赔时应准备哪些申请资料？

以下材料为您办理理赔申请时所需的基本材料，但由于保险事故的具体情况不同，本公司可能还会需要您提供一些与本次理赔相关的其他材料，如果需要，我公司理赔部门会及时与您取得联系。如委托他人办理，“委托事项”栏应填写完整，同时提供受益人、代理人的身份证明。

申请项目		应备资料编号(括号表示若有时提供)		资料内容
医疗	意外门诊	1、 2、 15	4、6、8、10、(11)	1. 理赔申请书； 2. 被保险人的身份证明（被保险人未成年需提供户籍证明或出生证明，同时提供监护人身份证明）； 3. 受益人身份证明、与被保险人的关系证明； 4. 门（急）诊病历； 5. 出院小结； 6. 医疗费用收据原件、费用清单（处方）原件； 7. 医疗费用收据复印件； 8. 诊断证明（重大疾病诊断证明书需同时提供相关检查、检验结果资料）； 9. 手术证明； 10. 意外事故证明（若发生交通事故或刑事案件需提供交通事故责任认定书或公安机关出具的证明）； 11. 机动车驾驶证/行驶证； 12. 残疾鉴定书（法医学鉴定书或医院鉴定诊断书）； 13. 身故证明材料：户口注销证明、火化/丧葬证明。（已提供户口注销证明的，无须再提供火化/丧葬证明）。在医院死亡的，还应提交《居民医学死亡证明书》，有国家机关或相关部门介入的，还应提供相应死亡证明； 14. 法院出具的宣告死亡证明文件； 15. 银行卡/存折复印件； 16. 保单（非必须）。
	意外住院		4、5、6、8、10、(11)	
	疾病医疗		4、6、8	
	疾病住院		4、5、6、8	
津贴	一般住院		4、5、7	
	重大疾病住院		4、5、7、8	
	手术		4、5、7、9	
重大疾病	重大疾病		4、5、8、(9)	
	因患重疾的保费豁免		4、5、8、(9)	
残疾 (失能/ 长期护理)	疾病残疾 (失能/长期护理)		4、5、12	
	意外残疾 (失能/长期护理)		4、5、10、(11)、12	
身故	疾病身故		3、4、5、13	
	因疾病身故的保费豁免		3、4、5、13	
	意外身故		3、(4)、(5)、10、(11)、13	
	因意外身故的保费豁免		3、(4)、(5)、10、(11)、13	
宣告死亡		3、14		

7. 我在理赔申请中有相关疑问如何咨询？

您可以咨询您的保单服务人员，或者拨打服务热线 400-666-0123 或当地理赔专线电话以获得详细的信息。